



**MODULO PER IL CONSENSO ALLA CONSULTAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO
ELETTRONICO (FSE)**
(Riservato agli assistiti maggiorenni)

Ai sensi dell'art. 81 D.lgs. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali, art. 46 DPR 445/2000

Il/La sottoscritto/a: (cognome e nome) _____

nato/a a _____ provincia _____ il: _____ / _____ / _____

residente a _____ provincia _____

indirizzo _____ CAP _____

Documento di riconoscimento (non necessario se si esprime il consenso dal proprio MMG)

tipo _____ numero _____ scadenza _____

Consapevole che le dichiarazioni non veritieri sono punite dalla legge, sotto la propria responsabilità:

- a) dichiara di aver ricevuto, letto e compreso l’Informativa completa sul trattamento dei dati personali del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento generale sulla protezione dei dati, pubblicata anche sul sito:

<https://www.regione.sicilia.it/istituzioni/regione/strutture-regionali/assessorato-salute/dipartimento-pianificazione-strategica/altri-contenuti/fascicolo-sanitario-elettronico>

in ordine al trattamento dei propri dati personali in ragione di:

- consultazione dei dati e documenti presenti nel FSE da parte di soggetti autorizzati del servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari, nonché di tutti gli esercenti le professioni sanitarie autorizzati, per le finalità di finalità di cura, prevenzione e profilassi internazionale;

e consapevole che:

- il trattamento riguarda i dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute;
 - il consenso alla consultazione una volta manifestato potrà essere revocato in qualsiasi momento anche direttamente dal portare del FSE della regione Sicilia:
<https://fascicolosanitario.sanita.finanze.it/FseHomeWeb/accesso.xhtml>
 - potrà decidere di oscurare in qualsiasi momento ogni singolo documento già presente nel FSE fermo restando che i dati oscurati saranno sempre visibili dall'autore del documento che li ha generati;
 - la mancata espressione del consenso alla consultazione del FSE non pregiudica il diritto all'erogazione delle prestazioni sanitarie

- b) esprime le seguenti volontà in modo libero e consapevole:

ACCONSENTE ALLA CONSULTAZIONE, DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO, DEL PROPRIO FSE, PER FINALITÀ DI DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE

[] SI

[] NO

Firma dell'Assistito

Luogo e Data: _____